FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938 N° _____

THÈSE

757

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Octavian PISAM

Né le 26 Août 1911 à Piatra-N. (Roumanie)

Contribution à l'étude DES Névrodermites circonscrites

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, Rue Saint-Jacques, 289

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938 N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Octavian PISAM

Né le 26 Août 1911 à Piatra-N. (Roumanie)

Contribution à l'étude DES Névrodermites circonscrites

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, Rue Saint-Jacques, 289

1938

Le Doyen..... TIFFENEAU.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LÉVY-SOLAL
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — Agrégés en Exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
de Gaudart d'Allaines	Pathologie chirurgic.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.	
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathol. expérimentale
LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
LEVEUF	Pharmacologie.
Mlle J. LÉVY	Neurol. et Psychiatrie
LÉVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
MENEGAUX	Pathologie médicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie chirurgic.
MOULONGUET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Anat. pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
PIÉDELIÈVRE	Obstétrique.
PORTES	Ophtalmologie.
RENARD	Physiologie.
RICHET	Chimie biologique.
SANNIÉ	Pathol. expérimentale
SÉNÈQUE	Pathologie médicale.
TROISIER	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Pathologie chirurgic.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — Agrégés rappelés a l'Exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe a titre permanent

MM	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHABROL	Clinique médicale.
DONZELOT	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
PASTEUR-VALLERY-RADOT	Clinique médicale.
SÉZARY	Clinique médicale.

MM	
BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROCQ	Clinique Chirurgicale.
CADENAT	Clinique Chirurgicale.
GATELLIER	Clinique Chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique Chirurgicale.
MOURE	Clinique Chirurgicale.
QUENU	Clinique Chirurgicale.
VELTER	Clinique Chirurgicale.
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

Dont les sacrifices et le vigilant amour ont permis ma réussite.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon respect filial.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin à l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse, en témoignage de notre profond respect.

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé Paul CHEVALLIER

Médecin de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, en témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre grande admiration.

A M. le Docteur CIVATTE

Président de la Société Française de Dermatologie

Avec nos vifs remerciements des conseils qu'il nous a prodigués.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556018_0002

INTRODUCTION

Dans le service de M. le Docteur Paul Chevallier, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de névrodermite circonscrite dans lesquels furent recherchées quelques particularités dont il n'est pas fait mention dans les traités classiques. Sur le conseil de notre Maître, nous consacrons cette thèse à cette maladie assez rare.

Notre thèse comprend deux parties :

La première précise la notion clinique de névrodermite circonscrite ; la valeur des conclusions sur les particularités organiques et humorales étant liée à une définition très exactement limitée de la maladie.

La seconde partie relate les résultats des enquêtes qui ont été faites et discute la pathogénie de l'affection.

Il ne serait pas de mise de refaire ici l'histoire confuse de tout ce que nos ancêtres ont appelé lichen. Hébra et Kaposi limitèrent le terme de lichen au type pur et à ces variétés du lichen ruber planus. Cependant, en 1886, Ernest Vidal soutint que parmi les dermatoses que l'école de Vienne rejetait dans l'eczéma, certaines devaient en être retirées, et il décrivit son lichen simplex chronique. Brocq, d'abord, avec Jacquet, puis seul, analysa ces faits et créa le terme de lichénification (que Besnier appela lichénisation) pour désigner les états identiques ou analogues à celui du lichen simplex chronique de Vidal. Bientôt il distingua des lichénisations primitives qu'il appela névrodermites. Sous ce nom ou d'autres, sa description clinique a été adoptée dans le monde entier.

La lichénification de Brocq, ou lichénisation de Besnier, est une modification spéciale de la peau caractérisée par :

Au point de vue clinique : un épaississement avec perte

de souplesse, un état sec, rèche, rugueux de la surface, une exagération des plis normaux donnant un aspect strié et chagriné, un quadrillage à mailles carrées, losangiques ou polygonales, l'existence de papules aplaties à facette apicale, quelque peu brillantes, papules qui dans le corps homogène de la plaque sont contenues chacune dans une des mailles du quadrillage et qui, à la périphérie ou dans les lichénisations lâches, apparaissent isolées, peu saillantes et à peine infiltrées ;

Au point de vue anatomique : une infiltration périvasculaire modérée, mais nette, du derme superficiel, une exagération des papilles qui sont allongées et une hypertrophie épidermique avec hyperacanthose, hypergranulose et hyperkératose.

La *névrodermite* est une lichénisation primitive et pure, c'est-à-dire qu'elle se développe sur une peau auparavant indemne de dermatose et que, durant toute son évolution, elle se caractérise exclusivement ou presque exclusivement par une lichénisation.

Suivant les auteurs, les névrodermites comprennent un nombre plus ou moins grand de syndromes différents. Nous ne nous occuperons que de la maladie appelée par Ernest Vidal « Lichen simplex chronique », par Brocq et Jacquet « Prurit circonscrit avec lichénisation », par Brocq « *Névrodermite circonscrite* ». C'est le Lichen Vidal de nombreux auteurs étrangers.

PREMIÈRE PARTIE

Etude clinique de la Névrodermite circonscrite

Chapitre Premier

DESCRIPTION CLINIQUE A LA PÉRIODE D'ÉTAT

Les malades portent une ou plusieurs plaques qui les martyrisent de démangeaisons.

Signes physiques.

Le nombre des plaques est variable. Il peut n'en exister qu'une. Souvent il en existe plusieurs. Dans ce cas, elles peuvent être symétriques ; mais très souvent elles ne le sont pas et la région qui, du côté opposé, correspond à la région malade, apparaît absolument saine. Presque jamais il n'existe beaucoup de plaques.

Les sièges de prédilection sont : la nuque, la région lombaire, la partie interne et supérieure des cuisses, la rainure interfessière, les poignets, la partie antéro-inférieure des avant-bras (Brocq), la partie postérieure des avant-bras (Pautrier), les creux poplités, la partie inférieure et externe des jambes, la paume des mains et la plante des pieds. On donne encore le scrotum chez l'homme et les grandes lèvres chez la femme (Pautrier), les aisselles et les aines (Brocq) ; M. Paul Chevallier pense que, dans ces régions, la plupart des plaques lichénifiées ne sont pas des névrodermites vraies. Le tableau suivant résume les localisations notées dans les observations de M. Paul Chevallier :

SIEGE	Nuque et partie super. du cou	Partie inf. du cou	Aisselle	Bras	Pli du coude	Avant-bras	Mains	Rég. externe des cuisses	Rég. interne des cuisses et région génitale	Genou et creux poplité	Jambe	Tronc	Nombre des plaques
Obs. I		+ (+)			+								2-3
Obs. II						+							1
Obs. III	+ +												2
Obs. IV		(+)				+							1-2
Obs. V								+					1
Obs. VI									+				1
Obs. VII		+ +											2
Obs. VIII	+ +	+ +	+ +			+		+	+ +	+ +	(+)		1-3
Obs. IX	+								+ +		+		4
Obs. X		(+)									+	+ +	3-4
Obs. XI							+ +				+		3
Obs. XII										+	(+) +		2-3
Obs. XIII				+								+ +	3

Un seul signe + signifie une plaque d'un seul côté ; deux signes + qu'il existe une plaque de chaque côté. Le signe + entre parenthèses indique une plaque toute récente et petite.

La forme de la plaque est généralement ovalaire ou triangulaire ; elle peut être irrégulière, et même linéaire.

Son étendue est le plus souvent assez considérable, de l'ordre de grandeur d'une paume de main, petite ou grande.

Ses limites sont parfois assez précises, plus souvent elles sont un peu diffuses.

La surface de cette plaque a été minutieusement décrite par Brocq : « Dans certains cas, d'ailleurs assez rares, que l'on peut regarder comme typiques, ou, pour mieux dire, comme complets, il est possible de distinguer à ces plaques trois zones concentriques :

« *La première zone,* ou zone externe, est caractérisée par une légère pigmentation d'un brun jaunâtre, parfois par une coloration rosée ; en la regardant de fort près, on voit que les papilles du derme ont subi à ce niveau une hypertrophie notable ; aussi a-t-elle un aspect légèrement velvétique ; elle présente un quadrillage fin et serré, constitué par deux séries de sillons parallèles qui se croisent à angle droit ou aigu de façon à limiter des carrés ou des losanges minuscules. Le bord externe de cette zone, peu net, se confond avec la peau saine ; la lésion augmente graduellement d'intensité jusqu'au bord interne qui se continue avec la zone moyenne. Cette zone externe ou d'hypertrophie papillaire commençante manque fort souvent ; elle n'est donc nullement caractéristique.

« *La deuxième zone,* ou zone moyenne, peut, dans certains cas, être la zone externe, lorsque la zone précédente fait défaut ; elle peut exister seule ; par contre, elle peut manquer totalement ; mais dans ce cas, elle a presque toujours existé pendant les premières phases de la maladie et n'a disparu que peu à peu, par suite des progrès de la lésion. Elle est essentiellement caractérisée par des sortes de petits éléments papuleux, irréguliers de forme et de contour, le plus souvent arrondis et hérissés de toutes petites saillies correspondant aux sommets des papilles du derme qui sont hypertrophiées et accolées les unes aux autres ; parfois ils sont acuminés ; parfois ils sont aplatis,

brillants à leur sommet et simulant des éléments de lichen plan ; parfois ils sont recouverts de squames grisâtres adhérentes ; parfois ils sont excoriés à leur sommet et y portent une croûtelle brunâtre sanguinolente. Leur volume varie de celui d'une petite à celui d'une grosse tête d'épingle ; leur teinte est rose pâle, rose brunâtre, quelquefois grisâtre ; ils n'ont aucun rapport avec les follicules pileux. Ces sortes de papules peuvent exister seules, diversement groupées et çà et là disséminées sur un espace circonscrit, constituant ainsi la plaque de lichen à l'exclusion de tout autre élément morbide ; par contre, elles peuvent devenir confluentes et se confondre en une masse unique pour former une plaque d'infiltration ; dans ce cas, on trouve le plus souvent des papules disséminées à la périphérie de la plaque infiltrée.

« C'est cette infiltration en masse des téguments qui constitue, en effet, la *troisième zone*, ou zone interne, zone d'infiltration des plaques typiques. C'est la lésion terminale, le plus haut degré, la dernière expression de l'affection. Elle peut exister seule, surtout lorsque la dermatose ne progresse plus. Elle est caractérisée par une infiltration et un épaississement plus ou moins marqué des téguments, qui présentent un quadrillage composé de deux séries de sillons parallèles se croisant à angle droit ou aigu et formant des mailles d'autant plus larges que les téguments sont plus épaissis. Sa coloration varie du rose pâle au rouge un peu sombre ; elle est parfois pigmentée. A sa surface se voient des squames d'un gris blanchâtre, furfuracées, adhérentes aux parties sous-jacentes, ou des croûtelles recouvrant des excoriations dues au grattage. Par contre, les plaques qui siègent en des régions soumises à des transpirations abondantes peuvent être lisses, sans desquamation épidermique. Parfois, mais c'est loin d'être la règle, le centre même de la plaque est comme affaissé, un peu décoloré et semble être en voie de régression, alors que la périphérie est encore rouge, saillante et en activité. »

Cet aspect s'observe fréquemment au cou, alors qu'il est exceptionnel aux membres inférieurs.

Le quadrillage est surtout net aux plis, dans le dos,

en général : dans toutes les régions où l'on voit nettement le quadrillage de la peau saine et normale.

Là, au contraire, où l'on n'aperçoit pas le quadrillage cutané, il est de règle que les plaques de névrodermite ne soient pas quadrillées ; il en est ainsi à la face antéro-externe de la jambe (Voir obs. XII). Aux plantes et aux paumes, les signes habituels de la lichénisation sont plus ou moins masqués par une épaisse couche cornée, parcourue par les plis de flexion.

Signes fonctionnels.

Le prurit est le caractère majeur de ces lésions. Il est violent. Parfois incessant, avec des paroxysmes, il est le plus souvent intermittent, survenant par crises, séparées par des périodes de rémission. Les paroxysmes sont le plus souvent vespéraux ou nocturnes ; parfois ils sont aussi matutinaux; il n'est pas rare qu'ils surviennent dans la journée à n'importe quelle heure. Ils sont spontanés, ou déclenchés par un fait normal de la vie (coucher, lever, etc.). Leur nombre et leur intensité est augmenté d'une part par les émotions, et d'autre part par les excès alimentaires ou certains aliments. Le café, le thé, souvent les boissons alcoolisées sont particulièrement nocives. Le malade se gratte avec énergie. Cependant les lésions ne s'eczématisent pas ; elles ne s'infectent presque jamais. Bien que le malade use du tranchant de ses ongles, les écorchures sont exceptionnelles tant que la peau est résistante.

Cependant chez quelques sujets le prurit peut être modéré. Il peut même manquer (Neisser, Jadassohn, etc.). Dans nos cas, les démangeaisons étaient très vives 5 fois, vives 2 fois, légères 1 fois, très légères 1 fois (dans ce dernier cas, le malade affirmant se gratter sans présenter de démangeaisons). Le prurit ne s'accompagne pas de troubles objectifs de la sensibilité.

Signes généraux.

La température et le pouls sont normaux. Evidente est la *nervosité* des malades. Cette *nervosité* précède l'érup-

tion et s'exagère par le supplice du prurit. C'est à juste titre que Brocq met en relief l'apparition après une violente perturbation du système nerveux (chagrin, émotion, frayeur, etc.). Mais ce fait est cependant exceptionnel. Nous ne le retenons que dans notre observation VIII, qui est typique à cet égard.

Une institutrice, d'ailleurs excellente, mais que sa nervosité habituelle a mis en conflit avec quelques parents d'élèves, est en butte à des persécutions locales. Il apparaît alors une névrodermite circonscrite à foyers multiples. L'amélioration et les recrudescences de cette névrodermite suivent exactement les vicissitudes des grands ennuis de la malade.

Dans les autres cas de M. Paul Chevallier, le début ne peut être rattaché nettement à aucune secousse psychique grave ; une de nos malades incriminait une purge.

Notre statistique d'ensemble donne six cas de nervosité relativement modérée, deux de nervosité extrême, trois cas de très grande émotivité, (un cas de type basedowien mais sans Basedow), un cas de grande nervosité à type phénomènes sympathiques multiples (nasaux, etc.) : cette nervosité sympathique a continué d'évoluer après la guérison complète de la névrodermite.

Douteuse semble l'influence des professions sédentaires et du tempérament arthritique, l'alternance entre les lésions cutanées et certaines déterminations viscérales (névralgies, asthme, épilepsie), la coïncidence entre des névroses bien définies, tous facteurs invoqués par Brocq.

Chapitre II

ÉVOLUTION

L'évolution passe par trois phases :

Phase prééruptive.

Le prurit précède presque toujours l'éruption (Brocq, Pautrier, etc.). Pendant huit jours à quelques semaines, le malade se plaint de vives démangeaisons localisées et se gratte alors que la peau ne présente aucune lésion. Un des cas de M. Paul Chevallier (cas XII) est particulièrement intéressant : d'emblée apparut une plaque grande comme une pièce de monnaie ; mais le prurit était aussi intense dans une région large comme une main située au-dessus de la plaque ; ce ne fut qu'un mois plus tard que les lésions commencèrent en cette région.

Phase d'état.

La plaque apparaît sur une étendue plus ou moins grande.

« Elle se pigmente tout d'abord légèrement, en prenant une teinte à la fois rosée et bistre ; puis elle offre un aspect légèrement grenu et chagriné. En la regardant à jour frisant, on peut bientôt distinguer de minuscules pseudo-papules, aplaties, mal délimitées, légèrement brillantes. Un stade de plus et les téguments deviennent rugueux, épaissis, infiltrés, leur teinte est rouge bistre ou nettement pigmentée, enfin leur surface est entrecoupée de plis formant un fin quadrillage » (Pautrier).

Il est très important de signaler qu'au début la plaque n'est ni hyperkératosique à la vue, ni quadrillée : elle est rosâtre et lisse ; la surface peut en être uniformément brillante. Dans ce cas, la lésion sort, homogène ou à peu près homogène sur une large surface. Dans d'autres cas, la plaque se forme par la confluence de foyers petits, en papules aplaties. La plaque peut s'accroître un peu, mais peu ; elle ne s'étend pas en tache d'huile ; elle ne gagne pas progressivement par accaparement de nouvelles lésions apparues au voisinage.

Phase de décroissance.

Le prurit s'atténue, puis cesse. Peu à peu l'éruption s'affaisse et s'efface.

Après sa guérison, la plaque peut laisser pendant un certain temps une légère pigmentation, ou parfois une hypochromie, hypochromie qui n'a rien de commun avec le vitiligo. (Pour Kreibich, Arndt, Neisser, Pinkus..., le vitiligo coïnciderait, avec une fréquence relative, avec les lichénifications. — Cité d'après Pautrier.)

Durée.

La durée est très variable. En l'absence de traitement, la maladie reste chronique pendant des années et n'a guère de tendance spontanée à la guérison.

Sous l'influence d'un traitement convenable et énergique, il est rare que la guérison puisse être obtenue en moins de quelques mois.

Après guérison même complète, la maladie a tendance à récidiver *in situ* et même dans d'autres régions. Cependant les cas de guérison complète sont très nombreux. Il est à noter que les malades qui étaient, avant la névrodermite, de grands nerveux et de grands émotifs, restent nerveux et émotifs, sans que, pour cela, on doive davantage redouter les rechutes.

Chapitre III

HISTOLOGIE

La description initiale de Brocq est la suivante :

« L'examen histologique montre dans le derme une infiltration de ces couches supérieures, par des cellules lymphoïdes et une hypertrophie accentuée des papilles qui sont le siège d'un certain degré d'œdème. Le corps muqueux présente, lui aussi, des cellules migratrices et un début d'altération cavitaire.

La couche granuleuse est presque partout conservée et intacte ; le stratum lucidum a disparu à peu près complètement et des noyaux cellulaires sont conservés sur d'assez grandes étendues de la couche cornée. La kératinisation n'est en somme qu'un peu affaiblie. Ce sont là des lésions d'inflammation banale de la peau, de simples dermites : il n'y a rien de spécial. »

Depuis Brocq, l'histologie a été particulièrement étudiée par Pautrier, par Gans, par Alexander, etc.

Les descriptions d'un certain nombre d'auteurs sont parfois confuses parce qu'ils n'ont pas distingué la névrodermite pure de l'eczéma lichénifié. Comme le dit Pautrier, la vésiculation du type eczéma n'existe que dans ce dernier syndrome et non dans la névrodermite *stricto verru*.

Parmi les lésions signalées, il en est qui sont nettement dues au grattage, comme on le sait depuis les travaux de M. Civatte. La principale de ces altérations traumatiques est l'altération cavitaire de Leloir, que Pautrier ne retrouva, sur des coupes bien fixées (au Bouin), que sous forme de foyers de spongiose et d'œdème. Artificielles aussi seraient la lésion de la couche basale et certaines

zones de parakératose, car « un grattage modéré perfore l'épiderme de la profondeur vers la surface » en produisant d'abord une véritable petite escharre profonde.

Les lésions propres de la névrodermite (lésions que les classiques français attribuent aussi au grattage, — mais nous reviendrons sur ce point) sont :

Une réaction dermique limitée presque exclusivement au corps papillaire et au derme lâche superficiel. Elle est caractérisée d'abord par de l'œdème et un peu de congestion, puis par un infiltrat, généralement assez discret, de lymphocytes et histiocytes, « quelquefois clairsemés, le plus souvent groupés autour des petits vaisseaux légèrement dilatés » ; Pautrier a vu parfois, mêlés aux lymphocytes, d'assez nombreux polynucléaires qui dégénèrent vite. Quelques plasmazellen ne sont pas rares. On peut aussi trouver des cellules grandes à protoplasma rare et à plusieurs noyaux qui rappellent les petites cellules de Sternberg : lorsqu'elles existent, elles sont toujours rares.

Une réaction épidermique essentiellement constituée par une hyperacanthose qui, dans les plaques adultes, se traduit par des prolongements interpapillaires triolés ou quadruplés de largeur, souvent réguliers, quelquefois massués, bosselés et délimitant entre eux des papilles hautes et étroites. Il n'est pas impossible qu'il existe, par places, à ce stade, quelques îlots de parakératose. Mais la lésion dominante, et de beaucoup, est une *hypergranulose* avec *hyperkératose* parfois très prononcée. Une migration plus ou moins discrète de polynucléaires à travers l'épiderme peut s'observer. « La basale peut être redevenue complètement normale... Le pigment paraît nettement diminué dans la basale, alors qu'il est quelquefois exagéré à la périphérie de la plaque » (Pautrier).

A côté des cas à grande lichénisation, en existent d'autres qui se rapprochent davantage de la description initiale de Brocq. L'épiderme est peu « lichénisé » : les bourgeons interpapillaires sont peu hypertrophiés et l'épiderme peu épaissi. Dans ces cas, il est fréquent de trouver une forte infiltration périvasculaire dans le derme.

Chapitre IV

DIAGNOSTIC

Brocq résume ainsi les caractères de la névrodermite circonscrite. Ce sont :

1. Le nervosisme des sujets qui en sont atteints ;
2. L'antériorité du prurit à l'éruption ;
3. Le fait qu'il s'agit d'une simple dermite (c'est-à-dire surtout sans trace d'eczématisation) qui est circonscrite en placards et d'une sécheresse absolue ;
4. La marche chronique, rebelle, et la tendance aux récidives.

« L'aspect si particulier de la plaque de lichénification circonscrite, écrit Pautrier, avec sa rugosité, sa sécheresse, son enduit squameux adhérent, son quadrillage plus ou moins apparent, ses papules aplaties et brillantes à jour frisant, constituent déjà un tableau très particulier ; si l'on y ajoute l'intensité du prurit, le fait qu'il a presque toujours précédé l'apparition des lésions, la longue durée de l'affection, on reconnaîtra que le diagnostic n'offre, en général, pas grande difficulté. »

Parmi les diagnostics à faire, citons la très rare amyloïdose cutanée, le mycosis fongoïde au début, parfois, et surtout le lichen plan.

Du lichen vrai (lichen ruber planus), la névrodermite diffère surtout par le peu de netteté de ses papules, qui n'ont pas la couleur de celle du lichen planus et qui n'ont ni leur configuration polygonale ni leur brillant ; mais parfois le diagnostic est réellement difficile (Brocq).

« Si la papule de la lichénification a les mêmes dimensions, parfois les mêmes couleurs, la même surface aplatie et surtout le même aspect brillant à jour frisant que la papule du lichen plan, elle n'en a pas la même limitation nette, la forme un peu bombée et surtout l'aspect néoplasique ; elle n'a pas non plus la petite ombilication centrale fréquente dans le lichen plan. Enfin, dans cette dernière affection, dès que les papules confluent pour former des plaques, elles présentent les stries blanches si particulières » (Pautrier). En cas de lichénification secondaire d'un lichen plan, le diagnostic est très difficile. « Il est rare toutefois qu'il n'y ait pas au voisinage quelque papule isolée du lichen plan encore reconnaissable. En pareil cas, l'histologie permet toujours de reconnaître l'hybride des deux affections et les détails de structure de chacune d'elles » (Pautrier).

Nous croyons intéressant de rapporter un cas où le diagnostic resta en suspens jusqu'à ce que la biopsie soit venue affirmer le lichen.

OBSERVATION XIV

(Service de M. Paul Chevallier, à l'Hôpital Cochin)

Hell Joseph, 32 ans, tailleur.

Le 14 février 1938. Depuis presque quatre ans, dermatose soignée en vain par divers traitements et des cures de La Roche-Posay et Saint-Christau. Une plaque grande comme une main à la face interne de la moitié supérieure de la cuisse gauche ; une autre, verticale, haute de 4 cm. et large de 2 cm., dans la moitié interne du creux poplité gauche ; une troisième grande comme une paume de main, à la face externe de la malléole gauche ; une quatrième, grande comme une petite paume, à la base du côté droit du cou.

Les lésions n'ont jamais suinté. Elles sont formées de papules plates et brillantes juxtaposées. La plaque des cuisses est une plaque de lichénification typique ; celles du creux poplité et de la malléole sont plus lichéniennes. La plaque du cou est beaucoup plus rouge que celles des membres inférieurs ; c'est elle qui démange le plus.

Peu de démangeaisons, le prurit n'apparaît que si le malade sue et le soir.

Muqueuse buccale normale ; dents gâtées et perte de l'émail de toutes les dents supérieures dans leur tiers apical.

Tension au Pachôn : 18-8½, moyenne 10 ; index 5.

Foie normal (le malade dit qu'on l'a trouvé gros). Lenteur des digestions.

Sang 14 février 1938 : globules rouges 5.688.000 ; hémoglobine 110 ; valeur globulaire 0,96 ; aspect normal, quelques rares microcytes ; réticulocytes 0,5 % ; Plaquettes 264.000 ; Globules blancs 9.800, dont 82 % neurophiles ; 0 éosinophile ; 0,5 % basophiles ; 3,5 % lymphocytes (0,5 petits) ; 13,5 % monocytes (8,5 % sans granulations). Arneth 6, 22, 47, 21, 4.

En raison de l'aspect lichen de certaines plaques et de l'aspect névrodermite d'une autre, on fait une biopsie au cou : c'est un lichen typique.

La question la plus importante, celle que le dermatologiste a couramment à résoudre, est de distinguer la névrodermite circonscrite de l'ECZÉMA FRANCHEMENT LICHÉNIFIÉ.

L'eczéma en cause est alors presque toujours un *eczéma parakératosique* pur au sens de M. Paul Chevallier, que cet eczéma soit toujours resté sec ou qu'il ait suinté.

Le problème doit être étudié d'abord au point de vue du diagnostic pur, ensuite de celui de la parenté possible :

Point de vue du diagnostic pur.

Brocq avait écrit ce texte capital : « Au point de vue du diagnostic, il faut faire abstraction de l'élément lichénification : il nous faut chercher avant tout, par les *commémoratifs*, par *l'exploration patiente* de l'éruption et de toute la surface des téguments, si cet élément est surajouté à une dermatose antérieure et à quelle dermatose. Si vous ne trouvez, par contre, aucun vestige de dermatose antérieure, si nulle part vous ne pouvez découvrir de lésions élémentaire vous permettant de porter un diagnostic précis d'eczéma, de lichen ruber, de prurigo de Hebra,

etc., alors, MAIS ALORS SEULEMENT, vous concluez à une lichénification primitive, à une névrodermite pure. »

Bien que ce soit Brocq qui ait créé le terme de névrodermite pour désigner la dermatose ainsi bien définie, son opinion n'a pas été adoptée par la plupart des auteurs. Couramment, on qualifie de névrodermite circonscrite des eczémas lichénifiés très prurigineux.

Dans le traité de dermatologie (Doin, éditeur), M. Paul Chevallier, au contraire, adopte complètement les points de vue cliniques de Brocq. « Les *prurigos lichéniens purs, prurits primitifs avec lichénisation* ou *névrodermites* de Brocq lui paraissent avoir une individualité et ne pas devoir être confondus avec d'autres affections voisines dans le cadre d'un prurigo vulgaire de Darier. Le diagnostic de névrodermite ne doit être porté que si les conditions suivantes sont remplies :

« 1° Le début de la dermatose se fait strictement en peau saine ;

« 2° L'aspect et l'évolution de la névrodermite sont spéciaux. C'est une lichénisation — forte, évidente, exagérée même, bien que plate —, mais rien qu'une lichénisation. Un des caractères les plus remarquables même, de cette affection est sa résistance à l'eczématisation ; les facteurs les plus actifs d'eczématisation des dermatoses, comme les savonnages énergiques et répétés, restent souvent sans action. Sans doute, il ne conviendrait pas d'exagérer et de rejeter l'hypothèse de névrodermite parce qu'il existe par hasard un peu d'eczématisation ; mais toute lichénisation qui, au cours de son évolution, a présenté des phases fréquentes d'eczématisation et qui s'eczématise facilement n'est pas une névrodermite, mais un eczéma lichénifié. De cette discrimination résulte que le diagnostic de névrodermite n'est pas un diagnostic de première impression qu'on base sur la vue d'une surface lichénifiée très prurigineuse. Il exige l'étude complète du malade et la connaissance du début et de l'évolution de l'affection. On peut, dans quelques cas, être obligé d'ajourner sa conclusion et de dire seulement : lichénisation de nature imprécisée. »

En pratique, on se base sur les caractères suivants : l'eczéma a précédé la lichénisation ; les bords des plaques restent souvent cliniquement, plus souvent aussi histologiquement, eczématiques ; il existe d'autres lésions d'eczéma typique ; les poussées eczémateuses sont fréquentes et faciles à provoquer par des incitants convenables.

Brocq se demandait avec des réticences s'il ne devait pas, à côté des névrodermites pures et des eczémas lichénifiés, créer un troisième type : « lichénifications primitives ultérieurement compliquées d'éruptions eczématiformes ». M. Paul Chevallier pense que ces cas rentrent dans le cadre des eczémas lichénifiés et que les poussées eczématiques des névrodermites sont extrêmement rares, et alors *très* légères et *très* fugaces ; elles sont d'ailleurs plutôt périnévrodermitiques que névrodermitiques proprement dites ; et elles apparaissent toujours comme une dermatite artificielle surajoutée, due à des irritants chimiques.

Point de vue des parentés possibles.

Si l'on réunit les plaques de lichénification en une même série, il est facile d'échelonner les cas en quatre groupes :

1) des lichénifications primitives qui restent de pures lichénifications ;

2) des eczémas parakératosiques qui très vite se lichénifient et qui par la suite s'avèrent très peu eczéma et intensivement des lichénifications ;

3) des eczémas parakératosiques qui se lichénifient assez rapidement ou sans hâte, mais qui, à la moindre occasion, s'eczématisent et suintent ;

4) enfin des eczémas qui se lichénifient très lentement, très mal et très incomplètement, — eczémas lichénoïdes (Darier) plutôt que lichénifiés —, qui se relient aux eczémas chroniques qui, bien que pouvant s'épaissir d'une dermite, ne se lichénifient pas réellement.

Considérant cette succession de faits de passage, on doit *se demander si la névrodermite circonscrite la plus typique ne commence pas par une phase d'eczéma avorté (parakératosique) qui dure peu.*

Cette hypothèse est séduisante. Pour l'appuyer, il faudrait faire des biopsies tout au début et trouver la vésiculette primordiale de Civatte.

M. Paul Chevallier fait remarquer que jamais encore dans les névrodermites, et même sur leurs bords, n'ont été découvertes des lésions eczématiques. Dans l'état actuel de nos connaissances, la lichénisation des névrodermites paraît une lésion primitive.

Ce qui frappe surtout, c'est que si l'on considère divers eczémas parakératosiques de même type et soumis exactement aux mêmes influences extérieures (irritants chimiques, grattage, etc.), les uns se lichénifient fortement, d'autres un peu seulement, certains pas du tout.

Tout se passe, dit M. Paul Chevallier, comme si s'intriquaient en proportions variables, suivant les cas, deux processus qui sont indépendants l'un de l'autre : le processus eczématique d'une part et le processus lichénien d'autre part. Il serait donc possible de prétendre que l'eczéma vraiment lichénisé est un eczéma compliqué d'une autre maladie : la névrodermite.

C'est là aussi, semble-t-il, l'opinion de Pautrier, autant pour l'eczéma lichénifié que pour le psoriasis lichénifié. « Dans ces cas, les deux dermatoses intriquées peuvent se masquer réciproquement et une analyse chimique minutieuse des lésions est nécessaire pour reconnaître les lésions élémentaires de chacune d'elles. »

Chapitre V

TRAITEMENT

Le traitement se divise en traitement général et traitement local.

I. — *Traitement général*

Notre Maître, M. Paul Chevallier, fait un minimum de traitement général. Il estime qu'en l'exagérant on crée, à partir de la névropathie, un complexe d'infériorité qui rend plus difficile encore la conduite de la cure.

Régime. — Il convient de supprimer de façon complète tout ce qui excite le système nerveux, mais de ne supprimer que ce qui est vraiment nuisible. Au premier rang se placent le café et le thé, au second les liquides contenant des essences et de l'alcool, au troisième les aliments dits de haut goût. Ceci étant dit, l'ordonnance recommande une alimentation normale, du type dit « bourgeoise ».

Hygiène. — Eviter le surmenage, les soucis et les émotions, est vite dit ; mais il ne faut pas se moquer des malades. Il en est qui ne peuvent éviter de se surmener. Et, la plupart du temps, s'ils ont tant de soucis et d'émotions, c'est précisément parce qu'ils sont des inquiets et des émotifs.

L'isolement loin du milieu familial, la cure de repos physique et psychique, la campagne, la demi-altitude..., sans doute tout cela est excellent. Mais est-ce indispensable ? A moins d'exceptions, en nombre infime, la névro-

dermite n'est pas une affection tellement rebelle qu'elle nécessite un traitement qui prend figure de punition.

En revanche, si la saison s'y prête, une cure à Néris, à Saint-Gervais ou à la Roche-Posay est excellente, qui joint tous les avantages d'eaux et de manœuvres actives à ceux du calme de la campagne mitigé des distractions qu'exige l'état mental des malades.

Opothérapie. — A moins d'affection surajoutée, l'opothérapie ne paraît pas utile.

Métallothérapie. — L'arsenic est recommandé par Brocq, mais Pautrier lui reproche d'être irritant et dangereux. Les antisyphilitiques : arsénobenzols, mercure et bismuth, ne paraissent pas utiles dans la plupart des cas ; une de nos malades atteinte de névrodermite avait vu sa dermatose apparaître et exister alors qu'elle était soumise à un traitement antisyphilitique ; mais il convient de noter que le traitement antisyphilitique a été augmenté d'intensité sans que la guérison de la névrodermite ait été entravée ou ralentie. Donc, chez les syphilitiques — que l'on invoque une prédisposition de Venani, ou, comme le fait M. Milian pour certains cas, une véritable syphilide tertiaire prurigineuse — on ne saurait hésiter à soigner énergiquement la syphilis.

Les calmants des nerfs. — Excellents, dans la clientèle aisée, dont l'hydrothérapie, la douche sédative tiède à 36°-38°, le jet brisé, etc. Dans tous les cas il faut, autant que possible, calmer l'éréthisme psycho-nerveux des patients.

M. Paul Chevallier ne partage pas la haine de M. Pautrier pour le bromure de potassium ; il l'ordonne volontiers à la dose de 2 grammes par jour. La passiflore, le crataegus, la valériane et bien d'autres préparations n'ont guère d'activité. Pour obtenir le calme et le sommeil, des médicaments plus forts sont nécessaires, dont les types sont le véronal et la chloralose : leur action doit être très surveillée.

II. — *Traitement local*

Les remèdes locaux peuvent être énumérés en trois catégories :

a) *Remèdes à réserver aux cas exceptionnellement rebelles.* Injections locales d'alcool. Douche filiforme. Radiothérapie (à très petites doses espacées). Cautérisation...

b) *Palliatifs qui calment un moment, mais, généralement, ne guérissent pas.* Lotions chaudes à la camomille, à l'eau blanche, au *vinaigre,* à l'*acide phénique* à 1 p. 100. Pansements hermétiques en particulier à la colle de zinc. Haute fréquence. Injections locales de novocaïne. Onctions à l'huile de foie de morue (excellentes, mais désagréables).

Applications d'une solution à 1 p. 100 de mercurochrome.

c) *Remèdes qui, en général, assurent la guérison.* Les meilleurs sont le goudron de houille pur (lavé, neutre, — épais) et surtout la résorcine : a) Pâte résorcinée forte d'Unna : résorcine 40, ceyssatite 2, oxyde de zinc 10, axonge benzoïnée 28. Appliquer 20 à 40 minutes tous les 8 jours ; dans l'intervalle, pâte à l'ichthyol (proportions variables suivant les cas); b) Résorcine 10 gr., ichthyol, oxyde de zinc, vaseline *aa* 5 gr. ; chaque jour appliquer et recouvrir ensuite de pâte de Lassar (Civatte).

SECONDE PARTIE

Recherche des particularités organiques et humorales et hypothèses pathogéniques

---

Chapitre Premier

LES PARTICULARITÉS ORGANIQUES ET HUMORALES OU CAUSES DES NÉVRODERMITES CIRCONSCRITES

1° *Le système nerveux.*

Si l'on fait abstraction du « nervosisme » dont nous parlons autre part, le système nerveux est normal ; il n'existe ni psychose ni symptôme organique de troubles nerveux.

Brocq parle de coïncidences comme des « névroses biens définies » ; le cas doit être rare, à moins qu'il ne fasse allusion à cet état d'inquiétude et d'énervement que les classiques englobaient dans l'hystérie. Il signale aussi des névralgies. M. Paul Chevallier a vu, parfois seulement, coïncider avec des névrodermites des « cellulites neuro-végétatives ».

Brocq parle encore de la possibilité de crises épileptiformes alternant avec des poussées de névrodermite ; il ne semble pas s'être basé sur des observations précises.

2° *Systèmes circulatoire et respiratoire.*

Il n'existe aucune particularité liée à la névrodermite. La tension artérielle est en règle, normale.

Brocq parle des crises asthmatiformes comme équivalentes de névrodermite ; nous n'en connaissons pas d'observation.

3° *Appareils génital et urinaire. Sérum sanguin.*

Il n'existe aucune particularité liée à la névrodermite. La constante d'Ambard est normale. La cholestérolémie est habituellement normale (notre cas XIII avait du gérontoxon et 4,25 de cholestérolémie dans le sang). L'urée sanguine est normale. L'uratémie est normale. Ces conclusions découlent des recherches antérieures et sont confirmées par les quelques dosages que nous rapportons. En cas d'anomalie, celle-ci est liée à une maladie intercurrente (artériosclérose, etc.).

4° *Appareil digestif.*

Si extraordinaire que cela paraisse, jamais personne encore, à notre connaissance, n'a invoqué l'insuffisance hépatique. Ehrmann s'est attaché à mettre en évidence les troubles digestifs. Il a d'ailleurs mêlé dans ses statistiques des névrodermites pures et des eczémas lichénifiés ; sur 200 malades, 56 ont de l'anacidité ou de l'hypoacidité ; peu étaient hyperacides ayant en même temps des troubles de la motilité sigmoïdo-rectale ; certains avaient des troubles pancréatiques et d'autres des colites (colite muqueuse ou membraneuse), dysenterie ; les sujets atteints de colites avaient un régime soit riche en viande, soit riche en scories (beaucoup de ces lichénifications ont été observées à Vienne pendant et après la guerre).

M. Paul Chevallier a aussi noté la fréquence relative — relative seulement — des petits symptômes colitiques au cours des névrodermites ; dans les observations que nous rapportons, on en trouvera trois cas. On trouvera

aussi un cas de maladie vésiculaire (les troubles pancréatiques n'ont pas été recherchés).

Avec M. François Moutier, l'éminent gastro-entérologue, et, par la partie chimique, MM. Seraux, Lemeland et Lacour, il a particulièrement étudié l'estomac.

La note publiée à la séance de mai 1938 de la Société française de dermatologie est ainsi conçue : « Nous avons étudié l'estomac, par la gastroscopie d'une part, l'analyse du suc gastrique d'autre part, après épreuve de l'histamine, dans 3 cas de névrodermites diffuses subaguës (terminées par la guérison en cinq mois à un an et quart) et dans 4 cas de névrodermite circonscrite diffuse (sans trace d'eczéma antérieur ou autre). L'estomac est normal au point de vue gastroscopique et du point de vue chimique. Tantôt il est tout à fait normal, tantôt il présente quelques modifications banales.

« Dans un seul cas de névrodermite circonscrite à plaques nombreuses et grandes, durant depuis 11 mois, il a été trouvé sur la petite courbure fundique, au voisinage de l'angle gastrique, sur le pilier antérieur et en avant de ce pilier, quatre placards de leucogastrie saillante, d'un blanc un peu sale, d'aspect presque leucoplasique, mais moins porcelainé, de 6 à 8 millimètres de diamètre, nettement distincts de la muqueuse voisine. Il est rarissime de rencontrer une pareille lésion sur laquelle nous n'avons pas actuellement d'opinion. »

Voici le résumé des cas, que nous rapportons, du service de M. Paul Chevallier.

	Suc gastrique d'histamine			Gastroscopie	Digestions	REMARQUES
	HCl Libre	Ac.totale	Chl.total			
	-	-	—			
Obs. II	0,2	1,2	2,5	myxorrhée	normale	Examen fait peu après une crise d'embarras gastrique.
Obs. III	1	1,6	4,1	légère hyperémie	pesanteurs gastriques et constipation	»
Obs. IV	0 1,1	0,3 1,7	2,6 3,9	spasme pharyngé »	dyspepsie vague et peut-être lithiase biliaire	Examen fait 2 ans avant la névrodermite. Examen fait pendant la névrodermite.
Obs. V	2,8	3,4	»	est. normal	»	»
Obs. VI	»	»	»	est. normal	»	Examen fait 2 ans après la névrodermite.
Obs. VII	2	2,7	5,1	gastrite pultacée moyenne	dyspepsie vague	Examen fait 8 mois avant la névrodermite.
Obs. VIII	»	»	»	gastrite chronique épithéliale Placards de leucogastrie	Anorexie digestion longue et somnolence postprandiale	Régime végétarien presque exclusif depuis huit mois.
Obs. IX	»	»	»	est. normal à plis un peu bas	parfaites	»
Obs. X	»	»	»	estomac normal	parfaites	»
Obs. XI	»	»	»	estomac normal	parfaites	»
Obs. XII						
Obs. XIII	1,54	2,05	3,36	estomac normal	parfaites	Prurit déclanché par les repas.

Si l'on exclut la gastrite du cas IX, tout à fait spéciale et remarquable, dont, en l'état actuel de la science, on ne saurait encore rien dire, on voit que l'estomac est normal ou que les modifications de la muqueuse sont assez banales.

La chlorhydrie est le plus souvent inférieure à la normale (noter qu'il s'agit de chlorhydrie après injection d'histamine). Dans les deux cas où la chlorhydrie fut normale ou forte, la sécrétion histaminique fut très faible ; mais il en fut de même dans des cas où la chlorhydrie fut très faible et il n'y a pas lieu de retenir le facteur quantité de suc dans l'appréciation de la chlorhydrie.

Globules sanguins.

Les globules rouges.

Le nombre des globules rouges, leur aspect et leur teneur en hémoglobine sont normaux.

Les globules blancs.

Les globules blancs sont normaux. Parfois il existe une formule infectieuse avec leucocytose et polynucléose neutrophile due à des infections (furonculose).

L'éosinophilie n'est pas un signe de névrodermite.

Voici le résumé de nos documents :

	Neutrophiles	Eosinophiles	Basophiles	Lymphocytes	Monocytes	REMARQUES
	—	—	—	—	—	—
Obs. II	61	2,5	0	8,5	28	
Obs. III	66,5	0,5	0	4,5	27	
Obs. IV	64,5	0	0	13	22,5	
	59,5	0	0	12,5	28	
Obs. V	78,5	0	0	1,5	20	anthrax, leucocytose.
Obs. VI						
Obs. VII	79,5	0	0	0,5	20	furonculose.
Obs. VIII	57,5	5,5	0,5	5	31,5	
Obs. IX						
Obs. X	68	3	1	6	21,5	réparation sanguine (malade donneur de sang).
Obs. XI	55	1	0	22 ?	21	(plasmazellen 1).
Obs. XII	64	2,5	0,5	9,5	23,5	
Obs. XIII	57,5	7,5	2	8	25	

Si l'on élimine les cas avec suppuration (furonculose), on ne trouve que dans deux cas avec éosinophilie : 5,5 dans une névrodermite à foyers multiples chez une grande sursensible (obs. VIII) et 7,5 (obs. XIII) chez une malade assez jeune, non hypertendue, avec gérontoxon et cholestérolémie très forte, dont les repas provoquaient des crises de prurit. Dans un autre cas, le nombre des éosinophiles est à la limite supérieure de la normale (2,5). Chez les autres malades, il est inférieur à la normale et souvent même sur 200 globules blancs, on ne trouve pas d'éosinophiles.

En *conclusion*, sauf coïncidences morbides, la névrodermite circonscrite apparaît comme affection purement cutanée.

Ces résultats sont fort intéressants. Il ne semble pas, en effet, qu'on ait, jusqu'ici, étudié à part le sang des névrodermites, c'est-à-dire d'affections qui, à part quelques cas exceptionnels, sont essentiellement prurigineuses, si prurigineuses que la théorie classique attribue au prurit la paternité des lésions. La thèse de E. Renaud (L'éosinophilie dans les prurits. Paris 1934) ne parle pas des névrodermites. Cependant l'auteur écrit : « L'éosinophilie et le prurit ont des causes semblables : l'antigénisme, l'hypervagotonie, l'agression des substances protéiniques ; si la biologie était une science exacte comme les mathématiques, nous devrions toujours trouver : éosinophilie = prurit ». La conclusion est : « le prurit seul est un signe fréquent d'éosinophilie et il en est un symptôme presque constant s'il s'ajoute des lésions de la peau et des troubles humoraux ».

Fort d'une masse considérable de documents précis, notre Maître, M. Paul Chevallier, enseigne que l'éosinophilie et le prurit sont deux processus parfaitement indépendants l'un de l'autre et que les emballements métaphysiques les plus enthousiastes n'ont jamais que desservi la connaissance médicale.

Chapitre II

PATHOGÉNIE

I°

Pour Brocq et Jacquet, la pathogénie de la maladie est simple :

Le phénomène nécessaire et quasi suffisant est le prurit ;

Le prurit engendre le grattage ;

Le grattage engendre les lésions cutanées.

Voici un des textes de Brocq : « Les régions envahies ne présentent tout d'abord aucune lésion objective, mais elles sont prurigineuses. Le malade les gratte, les traumatise et peu à peu les téguments se lichénifient. L'état lichénoïde est ici absolument pur ». Et encore : « dans les cas si fréquents où l'on éprouve des démangeaisons, si l'on traumatise incessamment l'endroit prurigineux en se grattant, soit avec les ongles, soit avec les vêtements, soit avec un instrument quelconque, on peut déterminer, comme l'a bien prouvé M. Jacquet, avec une assez grande rapidité, des altérations cutanées qui consistent essentiellement en une altération chronique des téguments. C'est ainsi qu'on voit peu à peu le derme s'infiltrer d'éléments embryonnaires, s'épaissir, devenir dur et rugueux, les papilles s'hypertrophier, se grouper même parfois de façon à simuler des papules assez irrégulières et inégales, n'ayant aucune relation ni avec l'appareil pilo-sébacé, ni avec l'appareil sudoripare... »

Cette théorie de la *dermatose par prurit* a eu et a encore un très grand succès. Jacquet en avait fait une conception générale : le grattage étant responsable d'un grand nombre de dermatoses, y compris le lichen ruber lui-même.

Elle règne encore en maîtresse : « C'est le prurit qui

fait la lésion », dit Pautrier. Elle n'a été combattue en totalité ou en partie que par un nombre restreint d'auteurs, parmi lesquels il convient de citer Sabouraud, Milian, Gougerot...

Notre Maître, M. Paul Chevallier, ne la croit pas parfaite.

2°

Examinons les conséquences de cette théorie.

La cause du prurit. — Evidemment, le prurit est dû à une modification nerveuse. L'hypothèse d'une névrite infectieuse ou toxique n'a jamais, à notre connaissance, été défendue, encore qu'elle soit logique. Brocq paraît admettre une névrose. A tout bien considérer, névrose est un mot qui ne couvre rien de clair ni de distinct, comme dirait un cartésien.

Prenons-le cependant tel qu'il est. Sur quoi Brocq et ses imitateurs basent-ils l'hypothèse d'une névrose ? — Sur le « nervosisme » des malades.

Il ne convient pas de s'occuper du nervosisme au cours de la maladie ; le prurit suffit à expliquer qu'il soit fort. Seul entre en ligne de compte le nervosisme habituel antérieur à la névrodermite et un nervosisme assez intense pour qu'il ne se prête pas à discussion.

Il semble bien prouvé que ce nervosisme est très fréquent. Mais est-il constant ? Dind, à Lausanne, a vu que les névrodermites ne sont pas rares chez des robustes paysannes et chez des enfants de paysans. Avec d'autres auteurs, M. Paul Chevallier insiste sur ce fait que certains malades atteints de névrodermite circonscrite ne sont pas particulièrement névrosés ; il fait aussi remarquer que les sujets — surtout les femmes — atteints de nervosisme sont légion et que la névrodermite circonscrite est très rare.

Brocq met en relief l'apparition de la névrodermite après une perturbation violente du système nerveux (chagrin, émotion, frayeur, etc.). Ce fait est réel, mais il est loin d'être constant ; il est même assez rare si l'on ne tient compte que des perturbations certaines et si l'on considère,

non pas les névrodermites diffuses, mais exclusivement les circonscrites.

Sans vouloir insister sur le mystère d'un prurit de cause générale, localisé en certaines régions et sur d'autres points, on peut conclure que, dans la théorie classique de la dermatite par prurit, le prurit est inexpliqué.

Le grattage, cause de la névrodermite.

A. — L'argument crucial en faveur de l'origine prurigène de la névrodermite est celui que Jacquet avait présenté pour diverses dermatoses ; au chapitre de l'affection qui nous occupe, Brocq le résume ainsi : « Cette influence du traumatisme, c'est-à-dire du grattage, sur la production de l'éruption est telle qu'*il suffit d'envelopper la partie malade et de la soustraire pendant quelque temps à toute action des agents extérieurs pour voir les lésions s'affaisser avec rapidité.* »

Tous ceux qui ont fait l'épreuve de l'enveloppement dans la névrodermite circonscrite savent que, à moins qu'on n'ait la chance exceptionnelle d'arriver à la fin de la maladie, ni le prurit ni la lichénisation ne se modifient. Seules s'atténuent les lésions de grattage, du type nécrose et exsudation profonde. Au premier abord, on en doute ; mais, à la réflexion, il semble bien qu'il l'ait essayée ; on remarquera en effet la rédaction de son texte : il ne parle pas du tout de guérison, ni même d'amélioration de la maladie ; il ne fait mention que de l'affaissement des lésions.

Mais si c'est le seul effet qu'il ait constaté, pourquoi soutient-il avec tant d'énergie l'origine artificielle de la lésion cutanée ?

B. — La théorie de la dermatite par grattage serait confirmée, si l'on avait pu *reproduire expérimentalement les névrodermites* par des grattages répétés. Jusqu'ici il n'a été rien vu de tel. Les recherches de M. Civatte ont démontré que certaines lésions et au premier chef l'altération cavitaire de Leloir sont purement et simplement des lésions de grattage. Mais la dermatite chronique du type

névrodermite n'a pas été créée. On peut objecter que le grattage n'a pas été assez longtemps répété.

C. — Si la théorie de la dermatite par grattage est vraie, le prurit est toujours intense et le grattage très actif. Or il n'en est pas toujours ainsi. Quelques malades disent que le prurit, bien que pénible, est supportable et ils se grattent très peu, seulement peu de minutes par jour. Après d'autres auteurs, M. Paul Chevallier a pu en observer de très près deux de ce type morbide. Neisser, Jadassohn et d'autres ont vu des cas où manquait tout prurit (cité d'après Alexander).

D. — Pourquoi tout sujet qui se gratte beaucoup et longtemps ne présente-t-il pas des lésions de névrodermite ? Nombreux sont les pruritiques aux grattages répétés qui ne lichénifient pas leurs téguments. L'exemple du prurit sénile est classique ; bien d'autres exemples pourraient être donnés.

Les tenants de la théorie de Jacquet ont fort bien vu cette objection. Brocq écrit : « Mais toutes les personnes qui ont dû prurit et qui se grattent n'arrivent pas à lichénifier leurs régions malades avec une égale rapidité » (les quatre derniers mots eux-mêmes sont de trop). Pour expliquer ce paradoxe, Brocq fait intervenir deux facteurs :

a) « Il semble, d'une part, qu'il y ait des affections cutanées qui modifient la vitalité ou la nutrition des tissus, de telle sorte que la lichénification se produit avec la plus grande facilité, alors que dans d'autres affections prurigineuses la résistance des téguments au traumatisme semble être normale ou même augmentée » (Brocq).

Si dans ce texte Brocq fait allusion aux eczémas lichénifiés, il est évident qu'il n'explique rien, puisque parmi les plaques parakératosiques exactement semblables et également grattées, les unes se lichénifient très vite ou lentement et d'autres ne se lichénifient qu'à peine ou pas du tout.

S'il fait allusion aux névrodermites proprement dites, il se contredit puisqu'il pose en principe que la névrodermite est définie par ce fait qu'elle apparaît en peau antérieurement normale.

On peut se rattraper en arguant qu'ici c'est le prurit lui-même qui prédispose la peau à la lichénisation. Mais alors il faudrait démontrer que le prurit prélichéniseur est un prurit spécial, démonstration qui n'a pas encore été faite.

b)« D'autre part, il y a des sujets qui paraissent plus prédisposés que d'autres à voir leurs téguments subir les modifications que je viens de décrire » (Brocq). Cette prédisposition individuelle devrait alors porter sur toute la peau, ou tout au moins sur les fragments de peau identiques, par exemple les symétriques. Or il n'en est rien. M. Paul Chevallier nous a monté un cas fort démonstratif : la malade atteinte de névrodermite circonscrite, avait en outre un prurit généralisé d'origine parasitaire ; or, en dehors des plaques lichénifiées, le grattage n'engendrait que des lésions banales et les médicaments irritants ne provoquaient qu'un peu d'eczématisation.

Brocq conclut : « Pour que le processus de la lichénification se produise, *il faut que l'état morbide cause du prurit prédispose à la lichénification et, jusqu'à un certain point, que le sujet lui-même y soit prédisposé* ». Il nous semble que cette conclusion détruit la thèse qui était défendue, à savoir que le grattage est la cause de la lichénification.

De cet exposé critique résulte que les lésions de gratage ne font que se surajouter aux lésions propres de la maladie, lesquelles sont indépendantes de tout traumatisme. Avec Jadassohn et la plupart des auteurs étrangers, il est seulement vraisemblable que le grattage, comme la *lumière* (Ehrmann), le frottement des vêtements et toute irritation, exagère la vitesse de formation de la plaque.

3°

Si remarquable qu'elle ait été, la dermatologie classique a vécu sur une erreur fondamentale : lorsque l'œil, au besoin aidé de la loupe, trouvait la peau non modifiée, celle-ci était déclarée normale.

De nouvelles méthodes sont venues démontrer qu'il n'en était rien. Les rayons ultra-violets, le soleil, la lumière

de Wood, etc., ont fait apparaître des lésions cachées à la vue.

La biopsie a montré des lésions dans des peaux apparemment inactes. De ces faits est créée la notion de *dermatoses inapparentes*, notion que le Professeur Gougerot a bien mise en lumière et qu'il conservera la gloire d'avoir fait admettre.

Jadassohn a montré, dès 1913, que tout comme le lichen ruber, la névrodermite avait une phase de dermatose inapparente: *l'examen anatomique montre des lésions, avant que la clinique ne décèle rien*. Jadassohn pense que le grattage n'intervient que pour hâter la formation des éléments visibles.

D'autres recherches ont mis en évidence le toxicisme et le parasitisme latents. Par l'épreuve qu'il a appelée de Cryptophanie, M. Paul Chevallier a montré que l'on pouvait réveiller des poisons introduits dans la peau et jusque-là bien tolérés. Une partie de notre science et de nos moyens de diagnostic reposent aujourd'hui sur cette notion d'un toxicisme latent, décelable par ce qu'on appelle la recherche de l'allergie. Plus récemment, il a été démontré que des microbes pourraient vivre dans la peau sans y produire de lésions, beaucoup plus souvent que nous ne pourrions l'imaginer (leishmanies, tréponèmes : Levaditi et Veisman, etc.). La reviviscence de ces microbes par un irritant, c'est le biotropisme de M. Milian.

Le prurit prééruptif n'apparaît plus que dans le cas particulier d'un signe fonctionnel manifesté avant que deviennent évidentes les modifications de la peau.

4°

D'autres théories que celle de Brocq et Jacquet ont été proposées pour expliquer la névrodermite.

La théorie allergique paraît plausible à Pautrier. Celle de l'intoxication intestinale — par des albumines insuffisamment dégradées — a été défendue par Ehrmann, avec des documents à notre avis peu démonstratifs. L'origine polyendocrinienne (Ehrmann, Payenville) est créée de conceptions *a priori* et des coïncidences morbides dans

quelques rares cas. L'origine infectieuse est plausible : Dind a regroupé le lichen vrai et les névrodermites et les a considérés comme dus au même virus inconnu ; la théorie streptococcique soutenue par Milian et Osman Kiamil, en 1930, s'applique, plutôt qu'aux névrodermites, aux lichénifications des eczémas parakératosiques, dans l'étiologie desquels Sabouraud incriminait aussi le streptocoque; en 1928, Milian et Photinos ont vu une lichénification du cou à trichophyton granulosum.

Récemment, M. Milian a étudié les *syphilides prurigineuses* et certaines de ces syphilides sont des névrodermites typiques. L'origine syphilitique est possible dans certains cas, mais ne semble pas générale : une des malades dont l'observation est rapportée ci-dessous était une syphilitique en traitement par le bismuth.

5°

Il n'est point possible à l'heure actuelle, dit M. Paul Chevallier, de donner de la névrodermite circonscrite une explication définitive. A titre d'hypothèse de travail, on peut se la représenter de la façon suivante :

Un agent pathogène émigre dans la peau. Poison ou virus animé, peu importe. Par sa qualité, son abondance et surtout sa localisation, il entraîne des troubles particuliers. Siégeant dans la partie superficielle du derme, les papilles et la base de l'épiderme, il entraîne une inflammation périvasculaire et l'hypertrophie de l'épiderme Capitale est son affinité pour certaines terminaisons nerveuses : c'est elle qui explique l'importance que prend le prurit.

Deux cas peuvent se présenter :

Tantôt l'agent pathogène émigre dans une peau saine: c'est alors la névrodermite circonscrite.

Tantôt il émigre dans une peau déjà atteinte d'eczéma : c'est l'eczéma lichénifié au sens strict du mot. Ici se pose la question de savoir si ce n'est pas le même agent pathogène qui, suivant sa localisation, engendre, séparément ou en même temps, certains eczémas parakératosiques et les eczémas vraiment lichénifiés.

6°

Une maladie existe où se montrent chez des malades différents tous les types de prurits, où, surtout, ces différents prurits peuvent coexister chez le même malade ; *c'est la maladie de Hodgkin*. Il n'est pas exceptionnel de trouver ici un prurit sine materia analogue au prurit sénile, là un prurit avec écorchure de la peau analogue à un prurit parasitaire, ailleurs un prurigo papuleux excorié, ailleurs encore une eczématisation ou un eczéma lichénifié, enfin une place de lichénification qui, par son histoire et son aspect, est une plaque typique de névrodermite circonscrite. Dans ces lésions, l'histologie ne montre que ce qui s'y trouve chez des malades banaux ; rien ne rappelle les lésions spéciales de la lympho-granulomatose maligne, lésions que l'on retrouve dans les noyaux cutanés si souvent apruritiques. Phénomène capital : dans les périodes où la radiothérapie agit, la disparition thérapeutique des adénopathies fait disparaître en quelques jours le prurit diffus et l'on assiste à la guérison progressive et rapide des lichénisations.

Celles-ci se voient surtout là où la peau est fine : plis des coudes, creux poplités, cou, etc. La lichénisation est-elle due à la qualité de la peau ? Non. Car les plaques névrodermitiques peuvent exister en des régions quelconques. Et, surtout, il arrive que le pli d'un coude soit profondément lichénisé, alors que le symétrique, tout aussi prurigineux, ne présente pas trace de lichénisation (deux observations de M. Paul Chevallier).

Par ses déterminations cutanées, la maladie de Hodgkin est particulièrement mystérieuse et suggestive.

OBSERVATION I

Névrodermite circonscrite à évolution rapide

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Leno... Aimée, 48 ans, 26 avril 1937. Depuis plus de quinze ans, syphilis soignée jusqu'à l'an dernier ; B.W. et autres réactions négatifs. Depuis cinq à six mois se lève deux fois la nuit pour uriner ; dit uriner peu. Tension 18-10½, moyenne 13, index 3 (Pachôn). Cœur normal. Dit manger peu parce qu'elle n'a pas faim ; cette anorexie date de sept à huit ans. Elle n'aime pas la viande (qui est bien digérée) et ne mange guère que des légumes. Elle n'aime ni le café, ni le vin ; boit du cidre et de la limonade. Elle est grasse. Digestion normale, langue normale, dents presque normales. Réflexes normaux. Depuis cinq jours, après une purge, est apparu, le soir, un prurit-brûlure et, aux endroits qui démangent (partie inférieure droite du cou, plis du coude droit et gauche), des plaques de lichénisation typique. La malade se gratte en outre un peu à la partie inférieure gauche du cou : on ne voit rien, mais on sent quelques rugosités.

Traitement : goudron de houille, guérison.

OBSERVATION II

Névrodermite circonscrite de l'avant-bras

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Soli... Paul, 48 ans, employé de commerce. 18 mai 1936. Plaque de lichénification circonscrite à la face postérieure du tiers supérieur de l'avant-bras droit. Début il y a un an par du prurit localisé ; progressivement, dans la région prurigineuse, les lésions cutanées sont apparues. Actuellement, plaque ovalaire de 6 cm. sur 4 cm. environ, entourée d'une bande circulaire de peau légèrement pigmentée sur une largeur de 3 à 4 cm. La surface est rougeâtre et squameuse finement. Plis de la peau plus adhérents que normalement. Epaississement cutané modéré mais net. Jamais aucun suintement. Prurit vif par crises. Digestions normales. Mais il y a trois semaines, a eu une sorte d'embarras gastrique avec coliques et ballonnement du ventre. Langue normale. Tension 18-9 (Pachôn). Examen des organes et systèmes : rien à signaler.

Sang 19 mai 1936 : globules rouges 4.824.000, hémoglobine 95, valeur globulaire 0,98, réticulocytes 1 %. Plaquettes 244.000. Globules blancs 8.000, dont neutro. 61 %, éosino. 2,5 %, lymphocytes 8,5 % (5,5 petits), monocytes 28 % (20,5 sans granulations). Arneth 6, 37, 43, 14, 0.

Cholestérolémie 1,50. B.W négatif.

Suc gastrique d'histamine : Hcl libre 0,2 ; acidité totale 1,2 ; chl. total 2,5. Gastroscopie 25 mai 1936 (Docteur Fr. Moutier) : Assez petit estomac à plis bien développés. Muqueuse non fragile. Très grosse sécrétion muqueuse au niveau de la poche à air. En résumé : myxorrhée.

OBSERVATION III

Névrodermite circonscrite

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Dub... Berthe, 43 ans. 21 décembre 1936.

Syphilis traitée à la policlinique du service du Docteur Paul Chevallier depuis 13 ans. Depuis douze ans environ, constipation opiniâtre avec parfois débâcles diarrhéiques. Les selles ne sont jamais mouillées ; pas de glaires. Après les repas, pesanteur stomacale pouvant durer plusieurs heures. Il y a trois ans, appendicectomie pour une appendicite qui n'a pas fait ses preuves. Muqueuse buccale normale.

Malade très nerveuse, émotive plutôt que coléreuse. Aucun signe de Basedow. Depuis trois ans, céphalée violente, frontale, occipitale ou autre, sans horaire fixe. Cuir chevelu douloureux à la palpation. Petits signes de cellulite neuro-végétative au cou.

Règles normales, mais douloureuses le premier jour depuis quelques mois. Tension artérielle : 15-10, moyenne 11, index 2 (Pachôn).

Les plaques de névrodermite ont commencé il y a un an.

Une plaque, grande comme une paume de main, occupe la partie gauche de la nuque et s'étale au cou sur la région du trapèze. A droite, à la partie supérieure et postérieure du cou, une plaque plus petite, qui ne date que d'un mois. Rougeur assez vive de la grande plaque qui est typiquement lichénoïde ; elle a des bords nets ; la région des bords est un peu plus infiltrée et animée, alors qu'au

centre les lésions semblent moins intenses. Cet aspect bordé est, dit M. Civatte, qui a examiné la malade, fréquent au cou alors qu'on ne le voit presque jamais aux membres inférieurs. La petite plaque est formée d'éléments très voisins objectivement de ceux d'un lichen, formée de petites papules planes et nacrées. La malade a des poussées qui se caractérisent par des petites papules qui démangent et forment, dit la malade, comme des dartres. Ce sont ces poussées d'éléments lichenoïdes qui agrandissent les plaques. Jamais aucun suintement.

Prurit très vif au début de la maladie et au moment des poussées. Actuellement il n'existe fort que le soir. Le grattage n'est pas un arrachement, mais un frottement : il n'existe pas d'ailleurs de lésions de grattage.

Le diagnostic de lichen vrai, posé par la petite plaque, est exclu. C'est, dit M. Civatte, le type du lichen simplex de Vidal-Brocq.

Sang 22 décembre 1936 : globules rouges 4.952.000, hémoglobine 95 ; valeur globulaire 0,96 ; réticulocytes 1 % ; plaquettes 260.000. Globules blancs 4.800, dont neutrophiles 66,5 % ; éosino. 0,5 % ; lymphocytes 7,5 % (1,5 petits) ; monocytes 26 % (14 sans granulations). Arneth 7, 21, 49, 18, 5.

3 février 1937 : plaque guérie. Très légères aniso et macrocytoses ; réticulocytes 0,5 % ; formule leucotytaire : neutro. 64,5 % ; éosino. 3,5 % ; baso. 0,5 % ; lymphocytes 4,5 % (0,5 petits) ; monocytes 27 % (16,5 sans granulations), Arneth 7, 43, 37, 12, 1.

Urée sanguine 3 avril 1937 : 0,30. Wassermann et autres réactions négatifs.

Suc gastrique d'histamine 21 décembre 1936 : beaucoup de liquide ; Hcl libre 1 ; acidité totale 1,6 ; chl. total 4,1.

Gastroscopie 26 décembre 1936 (Docteur Lehmann) : muqueuse normale, mais hyperémiée.

Traitement : goudron de houille. Les lésions s'améliorent vite, mais le prurit persiste encore le 4 janvier 1937.

Le 3 février 1937, la névrodermite est guérie ; il ne reste pas de traces.

La malade est en traitement de sa syphilis par l'iodo-bismuthate de quinine. Il est à remarquer que la plaque de névrodermite est survenue alors que la patiente recevait une série de quinby.

OBSERVATION IV

Névrodermite ou eczéma parakératosique lichénifié d'emblée

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Ches... Marie, 52 ans, coiffeuse.

Malade vue pour la première fois en octobre 1935 pour des troubles digestifs. Début de ménopause. Sensation d'obstruction nasale sans rien à l'examen.

En 1928 et en septembre 1935, névralgie du membre supérieur gauche à début aigu et à évolution rapide (8 à 10 jours) ; la douleur maxima siégeait dans l'espace interscapulo-vertébral gauche et irradiait le long du membre supérieur jusque dans les deux derniers doigts ; elle n'était pas intense, mais sourde et profonde.

Depuis 1925, périodes de dyspepsie avec pesanteur épigastrique sans rapport avec les repas, nausées fréquentes le matin, vomissements exceptionnels. Ne supporte pas le lait (âcreté dans la bouche, troubles intestinaux). En 1938 soignée pour lithiase biliaire après radiographie et tubage duodénal.

Examen : aucun trouble objectif de la sensibilité. Vésicule biliaire perceptible sous forme d'une saillie arrondie de volume très modéré, mais un peu sensible. Tension artérielle 16-9½. Cœur normal.

Sang 23 novembre 1935 : globules rouges 5.224.000 ; valeur globulaire 0,86 ; cellules normales, réticulocytes 0,5 % ; Plaquettes 300.000; Globules blancs 5.800, dont neutro. 64,5 %, éosino. 0, lymphocytes 13 % (5 petits), monocytes 22,5 % (13 sans granulations). Arneth 21, 39, 32, 8, 0. Coagulation 24'. Rétraction normale. Saignement 3', lacet subpositif. Sérum de couleur normale.

Suc gastrique d'histamine 22 novembre 1935 : 20 cm³ ; Hcl libre 0 ; acidité totale 0,3 ; chlore total 2,6. Essai infructueux de gastroscopie le 28 novembre 1935 (spasme laryngé supérieur violent).

Wassermann et autres réactions négatives.

Malade revue le 22 février 1937 pour une dermatose apparue pendant l'été 1936. Sur le bord radial de l'avant-bras gauche, plaque longue de 8 travers de doigts, large de 2 environ, de couleur rose-rouge, de consistance infiltrée granuleuse, nettement quadrillée. L'aspect est celui d'une lichénification. La malade dit que l'aspect a toujours été le même. Les bords sont nets, mais découpés. Aux deux

pôles de la plaque, elle s'émiette en un assez grand nombre de petites papules quadrillées ou polygonales, aplaties, lisses, peu brillantes. *Le prurit est léger et non permanent.*

Depuis ce matin, dit la malade, est apparue, à la partie inférieure droite du cou, une petite plaque lichénoïde grande comme une pièce de 0 fr. 50 et entourée d'un semis de très petites papules à peine roses.

Examen général négatif. Tension artérielle : 19-11, index 2½ (Pachôn).

Se plaint de congestion du côté droit et d'irritation de la gorge. Ménopause complète depuis six mois. Grande nervosité.

Sang 23 février 1937 : globules rouges 5.648.000 ; hémoglobine 100 ; valeur globulaire 0,89 ; quelques microcytes et quelques poïkilocytes, exceptionnels ; réticulocytes 0,5 %; Plaquettes 224.000; Globules blancs 6.600, dont neutro. 59,5 % ; *éosino.* 0 ; *lymphocytes* 12,5 % ; monocytes 28 % (23 sans granulations). Arneth : 18, 31, 39, 12, 0. Wassermann et autres réactions négatives.

Suc gastrique d'histamine 1er mars 1937 : Hcl libre 1,1 ; acidité totale 1,7 ; chlore total 3,9.

Traitement : goudron de houille.

Le 8 mars 1937. Le placard a diminué d'étendue (4 travers de doigts sur 1) ; la malade l'attribue au port de fourrures, mais il subit en été des recrudescences. Le placard du côté droit du cou n'a pas été soigné. Il est fait de la juxtaposition de petites papules d'apparence lichénienne, polygonales, plates et luisantes, s'agglomérant sur un quart du placard en une tache grande comme deux paumes de lichénification typique. Les démangeaisons sont toujours très minimes.

Le 5 avril 1937. Lésion presque complètement disparue. La malade se plaint de démangeaisons entre cuir et chair aux bras et à la poitrine : la peau est normale. La malade dit aussi qu'elle souffre depuis deux ans de quelques démangeaisons anales : le pourtour de l'anus est un peu rouge et semble irrité très légèrement par le grattage ; aucune squamation ; pas d'hémorroïdes externes, mais petites dilatations hémorroïdaires dans le canal anal.

On continue le goudron et on donne de la peptone de Witte avant les repas.

Le 5 juillet 1937, la malade est complètement guérie. Il ne reste que des hémorroïdes internes.

La malade est revue le 15 décembre 1937. Elle nous dit que sa névrodermite de l'avant-bras réapparaît de temps en temps, légèrement. Actuellement, l'avant-bras est normal. Sur la jambe existent des plaques rouges non prurigineuses. Elle se plaint surtout de troubles nasaux. Le spécialiste nous écrit : « Rien à l'examen objectif ; algies vidiennes probables, justiciables éventuellement de la sympathicothérapie ». Celle-ci a échoué.

Le métabolisme basal est normal (—1,4).

Après une grippe typique en février 1938, la malade est revue en mai 1938, se plaignant de crachements de sang (salive parfois mêlée de sang) et de troubles indéfinissables au-dessus des sourcils. Tension artérielle 18-11 (Pâchon).

OBSERVATION V

Névrodermite circonscrite

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Laf... Gaston, 42 ans, électricien. Est hospitalisé le 16 novembre 1937 pour un anthrax du triangle de Scarpa droit, accompagné d'adénopathies inguinales. Cet anthrax a commencé le 1er novembre par fièvre et vraies douleurs ; il s'est ouvert spontanément ; actuellement la fièvre a disparu ; la suppuration continue et explique la formule leucocytaire ; l'évolution va se poursuivre sans incidents vers la guérison.

Sur les cuisses et en divers endroits, cicatrices de furoncles antérieurs, survenus à l'âge de 14 ans, puis à 41 ans.

Cicatrice sur le frein de la verge d'une chancrelle à l'âge de 17 ans. A eu des blennorragies mais non la syphilis.

Tension artérielle 15-7 (Pachon). Cœur, foie, système nerveux, etc. normaux. Digestion normale.

Sang 19 novembre 1937 : globules rouges 5.270.000 ; hémoglobine 95 ; valeur globulaire 0,90 ; traces d'aniso et de microcytose, réticulocytes 0,5 % ; Plaquettes 340.000 ; Globules blancs 14.400, dont neutrophiles 78,5 % ; éosinophiles 0 ; lymphocytes 1,5 % ; monocytes 20 % (14 sans granulations). Arneth : 4, 42, 47, 7, 0.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Glycémie 1,33 ; urémie 0,39 ; constante d'Ambard 0,08.

Wassermann et autres réactions négatives.

Suc gastrique d'histamine 18 novembre 1937 : Hcl libre 2,8 ;

acidité totale 3,4 ; sécrétion faible. *Gastroscopie* 20 novembre 1937 : estomac normal.

La plaque lichénifiée. Dans la région postérieure et postéro-interne de la cuisse droite, au-dessus du creux poplité, se trouve une immense plaque lichénifiée, qui, dit le malade, est survenue insidieusement, n'a jamais suinté et dure depuis déjà longtemps. La dimension est celle d'une main. Surface de couleur brunâtre quadrillée, finement squameuse (squames très adhérentes). Infiltration très marquée : l'épaississement de la peau détermine une saillie de la plaque ; au toucher elle paraît épaisse de plusieurs millimètres. Prurit violent par crises d'une demi à une heure. Lorsque le grattage a été intense et prolongé, se fait, dit le malade, un suintement sanguinolent léger, mais quelques heures après il n'y paraît plus.

La plaque a été couverte de goudron de houille. Le prurit diminue puis cesse ; l'infiltration ne tarde pas à s'atténuer ; le 6 décembre 1937, la plaque est devenue souple et l'infiltration est réduite à peu de chose. Le malade est sorti de l'hôpital le 12 décembre, se considérant comme guéri. La plaque est cependant bien visible, blanchâtre, mais non squameuse ; un peu ferme au toucher, mais sans épaississement notable.

OBSERVATION VI

Névrodermite circonscrite

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Val... Simone, 38 ans, 10 avril 1935.

Syphilis reconnue il y a six ans par un Wassermann positif. Depuis nombreux W. négatifs. Traitement irrégulier.

Langue normale. Rien à l'examen complet.

La malade se plaint de démangeaisons vulvaires. Depuis cinq semaines environ, sur la partie moyenne de la face externe de la grande lèvre droite, est apparue une plaque large aujourd'hui de deux travers de doigts environ, un peu allongée, prurigineuse avec des paroxysmes terribles, mais courts, survenant un certain nombre de fois par jour. La surface est sèche, un peu épaissie, avec hyperkérataose et une striation quadrillée superficielle. C'est typiquement une plaque de névrodermite. Jamais de suintement. Chute ou usure des poils. Dans l'aine gauche, naevi.

Dans la région de l'épine de la septième vertèbre cervicale, quelques plaques rouges de la taille d'une lentille à celle d'une pièce de 0 fr. 50 : eczématides banales. La *biopsie* montre une lichénisation typique avec des papilles très allongées ; hyperacanthose, hypergranulose et hyperkératose ; infiltration dermique très discrète.

Le 26 mai 1935 : la biopsie a eu ce résultat de diminuer considérablement le prurit et d'améliorer hâtivement la lésion.

Le baume Baissade active la guérison, Gastroscopie 3 octobre 1937 (Docteur F. Moutier) : estomac normal.

Wassermann et autres réactions négatives. — L'examen du sang a été fait deux ans environ après la guérison de la névrodermite à l'occasion d'une salpingite chronique.

OBSERVATION VII

Coïncidence de prurigo leucodermique ano-vulvaire, de névrodermites circonscrites du cou et d'eczéma parakératosique

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Le Fle..., Renée, 50 ans, ménagère. 1er mars 1937.

Grande femme un peu grasse, surtout de la région fessière. A 25 ans, appendicectomie ; à 30 ans, pleurésie. Vers solitaire expulsé en 1930 après des années de troubles généraux et digestifs, dont on ne trouvait pas la cause.

En 1937, comme elle croit avoir de l'oppression dans la poitrine et le dos, la malade a été soignée « pour le plexus solaire » : belladone, génatropine, etc., qui n'ont que soulagé, mais ces malaises ont guéri par une potion à l'éther.

I. Furonculose. C'est pour des furoncles à répétition que la malade vient consulter. Elle a déjà reçu trois injections de propidon : les furoncles de la peau, de la vulve et de la fesse sont en régression. Disons tout de suite, pour ne pas y revenir, que des furoncles réapparaîtront en mai-juin 1936 (énormes furoncles des grandes lèvres) accompagnés d'un orgelet. La malade ayant reçu l'anatoxine, on prescrit la pommade au rubiazol. L'amélioration est très vite considérable ; l'inflammation périphérique disparaît et l'abcès s'ouvre ; le 4 juin, après douze jours, les furoncles sont ouverts, de bon aspect et la région voisine presque normale. En avril, furoncles de la partie inférieure des avant-bras, traités aussi à la pommade au rubiazol.

II. Plaques lisses ano-vulvaires très accusées qui se prolongent par une traînée blanchâtre dans les plis inguinaux. Etat un peu lisse autour de l'anus. Aucune lésion de la face interne des grandes lèvres. Les plaques lisses ano-vulvaires ont commencé il y a plus d'un an ; démangeaisons intenses à paroxysmes nocturnes.

Examens. Langue normale. La commissure labiale du côté gauche est un peu dépolie et blanchâtre, sans qu'il existe de leucoplasie. Aucun trouble digestif récent ou ancien. Appétit capricieux, tantôt la malade mange beaucoup, tantôt elle ne mange presque rien. Dyspnée d'effort, depuis l'âge de 45 ans. Cœur et pancréas normaux. Tension artérielle 18-8½ ; moyenne 10 ; index 2 (Pachon).

Sang 19 mars 1937 : globules rouges 4.904.000 ; hémoglobine 90 ; valeur globulaire 0,92 ; aspect normal ; quelques rares microcytes et macro-normocytes ; réticulocytes 1 % ; Plaquettes 256.000 ; Globules blancs 8.600, dont 79,5 % neutrophiles, éosinophiles 0, lymphocytes 0,5 % ; monocytes 20 % (11,5 sans granulations). Arneth 8, 27, 47, 15, 3. (La polynucléose est en rapport avec la furonculose.)

Suc gastrique d'histamine 19 mars 1937 : peu de liquide ; Hcl libre 2 ; acidité totale 2,7 ; chlore total 5,1.

Gastroscopie 22 mars 1937 (Docteur Fr. Moutier) : muqueuse rose avec dépôts pultacés généralisés ; légère fragilité de la muqueuse.

Traitement. On ordonne du sesquioxyde de fer, 6 grammes par jour ; les premiers jours, amélioration très nette du prurit périnéal, mais apparition de coliques et diarrhée qui oblige à cesser le fer. Il semble bien que le fer échoue, au moins en partie, indépendamment des troubles digestifs ; les démangeaisons sont vives. On essaie la pancréatine (8 gr. par jour) avec une légère amélioration qui ne dure pas. Après un mois, on prescrit des badigeonnages au violet de méthyle et on donne du fer colloïdal.

Entre temps, en avril, apparition d'*eczéma sec, parakératosique, rétro-ano-vulvaire.* Traitement : camphothyol. Amélioration rapide et guérison complète après deux mois et demi. Le 25 octobre 1931, le violet de méthyle n'a pas eu de résultat. L'électromartiol a fait disparaître les démangeaisons, mais il a dû être cessé en août. Actuellement les plaques lisses ano-vulvaires sont extrêmement larges et hautes (2 à 3 travers de doigts, envahissement des plis inguinaux) et animées. Autour de l'anus, aspect de prurigo leucodermique anal atténué. Les démangeaisons surviennent surtout la nuit et empêchent le sommeil ; aucune lésion de grattage. On prescrit à hautes doses du sesquioxyde de fer (fourni par une maison de spécialités pharmaceu-

tiques) ; il tend à supprimer l'appétit et ne donne aucune modification fonctionnelle ni objective.

A partir du 19 novembre 1937, on donne 6 cm³ d'hépatrol en injection sous-cutanée ; les trois premières nuits, disparition complète du prurit ano-génital et anal. Mais après, le prurit a repris. A partir du 27 novembre 1937, 16 cm³ d'hépatrol par jour en quatre injections : le prurit diminue de façon considérable (6 décembre) et le 20 décembre elle dit qu'elle ne se gratte presque plus, que les nuits se passent sans démangeaisons, et si parfois il survient une crise de prurit, elle ne dure que deux à trois minutes. Sommeil excellent.

Mais un accident nouveau : *des plaques de névrodermite* sont apparues depuis quelque temps, à la partie inférieure du cou, de chaque côté, des plaques allongées, infiltrées, rouges, lisses et squameuses, de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Ces plaques sont très prurigineuses. Le diagnostic, confirmé par M. Civatte, est névrodermite circonscrite.

En janvier 1938, sous l'influence de l'extrait hépatique à haute dose, les démangeaisons juxtavulvaires disparaissent presque complètement et l'état local s'améliore. Mais les plaques cervicales s'agrandissent et démangent beaucoup. L'extrait hépatique à hautes doses est continué en injections. En mars 1938, le prurit génito-périnéal a complètement disparu. La vulve et l'anus sont normaux. Il ne reste dans le pli ano-vulvaire gauche qu'une mince traînée de plaque lisse.

Mais la névrodermite du cou continue à démanger : de chaque côté existent des plaques grandes comme des paumes de main, lisses au centre, lichénoïdes à la périphérie. Le violet de méthyle qui avait été prescrit n'a fait que les améliorer de façon passagère. La malade refusant le goudron, sur les conseils de M. Civatte, on prescrit d'appliquer : résorcine 10 gr., ichthyol, oxyde de zinc, vaseline *aa* 5 gr., et de recouvrir ensuite de pâte de Lassar.

D'abord le prurit diminue, puis les lésions s'améliorent. Le 4 avril l'amélioration est nette, bien que le côté droit du cou démange encore. Le 2 mai les plaques sont guéries : il reste, à leur place, mais sur une surface moins grande qu'elles, une peau luisante et un peu infiltrée. La pommade, cessée depuis quinze jours, sera reprise.

Le 16 juin, tout est guéri, aussi bien la névrodermite que le reste de plaque lisse ano-vulvaire. Aucun signe objectif ni trouble fonctionnel.

On cesse l'hépatrol et le traitement externe du cou.

OBSERVATION VIII

Névrodermite circonscrite à plaques multiples

(Communiquée par M. Paul Chevallier)

Champ... Clotilde, 52 ans, institutrice. 8 juin 1937.

La malade, qui a toujours été très nerveuse, a eu un gros ennui professionnel qui a exacerbé à l'extrême sa nervosité et son inquiétude. C'est au cours de la période la plus aiguë de ces difficultés qu'est apparue, en novembre 1936, la névrodermite, par une plaque large comme un petit doigt à la partie inférieure droite du cou. L'extension de la maladie a été rapide. Le prurit, très évident, est encore plus violent depuis un mois. Les plaques ont été, dit la malade, plus larges et plus « enflées » qu'elles ne le sont aujourd'hui. Tous les traitements ont échoué, depuis des injections de médicaments les plus variés, jusqu'aux sinapismes, aux pommades et pâtes.

Actuellement : 1) deux énormes plaques qui occupent chacune d'un côté la nuque et le cou, laissent libre la partie toute antérieure du cou et se rejoignent en arrière ; 2) une plaque dans chaque aisselle, où les poils sont tombés ; 3) de chaque côté une énorme plaque occupant la partie supérieure des cuisses et la partie externe des grandes lèvres et descendant jusqu'à mi-cuisse sur la face antéro-interne des cuisses ; 4) plaque au pourtour de l'anus ; 5) aux faces internes des genoux, plaques plus petites ; 6) une plaque à la face externe de la cuisse droite et une à la partie antérieure de l'avant-bras gauche ; cette plaque est énorme, plus grande qu'une main

Toutes ces plaques sont des plaques de lichénisation intense et absolument typique, avec son quadrillage à sillons profonds, son épaississement, etc... Seule la grande plaque de l'avant-bras gauche a une surface cutanée peu modifiée. Jamais aucun suintement (sauf à l'anus, où existent depuis des mois d'énormes hémorrhoïdes très souvent en activité).

Le prurit survient ou s'exagère par crises « terribles » d'une demi-heure environ. Depuis quinze jours, trois de ces paroxysmes atroces par jour. Les plaques les plus prurigineuses sont celles des cuisses et de l'anus. Autour de l'anus, sur les plis radiés, la plaque de névrodermite se prolonge par une surface blanchâtre, érodée, dont l'aspect rappelle, sans être tout à fait typique, celui du prurigo leucodermique.

La malade affirme qu'elle se gratte très peu et cependant nombre de points sont excoriés. Certaines régions indemnes de la peau présentent quelques écorchures, car, au moment des paroxysmes le prurit gagne la peau normale.

Depuis quelques mois, digestion longue et somnolence après les repas ; pas de gonflement d'estomac. Depuis le 8 mai, l'alimentation est végétarienne, sauf un jour par semaine où la malade mange de la viande rôtie ou du poisson à midi. Anorexie. Amaigrissement de 5-6 kilos.

Amaigrie, inquiète, la malade dort peu la nuit : son travail l'oblige d'ailleurs à se coucher tard.

L'évolution a suivi de façon très remarquable l'inquiétude de la malade :

Première phase, préliminaire, de persécution professionnelle avec intervention des politiciens locaux, grève d'élèves, etc.

Seconde phase, d'apparition et d'extension de la névrodermite.

Troisième phase actuelle, de recrudescence de prurit et de la névrodermite à la suite d'une menace de disgrâce.

L'examen somatique ne montre aucune particularité.

Sang 8 juillet 1937 : globules rouges normaux avec quelques rares microcytes et macronormocytes ; réticulocytes 1 % ; formule leucocytaire : neutrophiles (Arneth 7, 30, 55, 8, 0) ; éosinophiles 5,5 ; basophiles 0,5 ; lymphocytes 5 (0 petits) ; monocytes 31,5 (22,5 sans granulations). Wassermann négatif.

Gastroscopie 24 juillet 1937 (Docteur Fr. Moutier) : estomac de dimensions normales, mais dont l'antre pylorique est à peine indiqué ; kinésie antropylorique nulle ; pylore entr'ouvert, immobile. Plis normaux. Très forte hypermyxie. La petite courbure présente un *aspect craquelé*. Sur la petite courbure fundique, au voisinage de l'angle gastrique, sur le pilier extérieur et en amont de ce pilier, sur la face antérieure du corps de l'estomac, on voit quatre *plaques de leucogastrie, saillantes*, d'un blanc un peu sale, d'aspect presque leucoplasique, mais moins porcelainé, de 6-8 mm: de diamètre, nettement distinctes de la muqueuse voisine.

Conclusion : placards de leucogastrie d'aspect craquelé de la petite courbure sur des lésions de gastrite chronique épithéliale.

Traitement : on essaie un traitement intense (fer) que la malade supporte mal et localement on met du goudron de houille. Après douze jours de goudron, le 19 juillet 1937, l'amélioration subjective

est nulle, mais, là où fut mis le médicament, les plaques sont améliorées.

Le 16 août 1937, on supprime le goudron qui a provoqué, dit la malade, beaucoup de malaises. Le 31 août, la malade écrit : « les démangeaisons sont un peu moins violentes, mais le mal n'a pas diminué, au contraire, de nouvelles plaques s'accusent en d'autres endroits ; ... les démangeaisons s'étendent aux jambes, à la poitrine et suivent la colonne vertébrale ».

Aux dernières nouvelles, en mai 1938, la malade va beaucoup mieux ; ses ennuis sont, sinon finis, du moins calmés et elle ne souffre presque plus de démangeaisons.

OBSERVATION IX

Névrodermite circonscrite

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Grod... Catherine, 37 ans. 7 décembre 1937.

Jamais de maladies antérieures. Un enfant de trois ans et demi toujours malade jusqu'à deux ans ; un enfant mort à six mois de broncho-pneumonie. Son mari tousse continuellement et vomit, dit la malade.

Règles normales. Grande nervosité depuis toujours. Organes normaux. La dermatose a commencé il y a trois ans. Depuis le début, prurit continu, violent au niveau des plaques.

A la face interne de la cuisse, de chaque côté, grande plaque. Une autre (apparue un peu après) à la nuque. Celle-ci est triangulaire à pointe inférieure, à base se perdant dans la chevelure ; elle est un peu rose, squameuse, rude et épaissie au palper, quadrillée. Les plaques des cuisses remontent jusqu'au pli inguinal ; leur contour inférieur est arrondi ; elles sont grandes comme deux mains ; la surface est très quadrillée, pigmentée, plus dure au palper que la plaque de la nuque. A la face postérieure du tiers supérieur du coude droit, un petit placard quadrillé et squameux, couvert de traces de grattage, le dernier apparu et le moins épaissi.

Aucune adénopathie. Jamais aucun suintement.

En somme, névrodermite circonscrite de Brocq, typique.

Traitement : goudron.

Gastroscopie 14 décembre 1937 (Docteur Fr. Moutier) : estomac normal à plis un peu bas. Digestion excellente. Wassermann négatif.

OBSERVATION X

Névrodermite circonscrite

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Rul... André, 28 ans, employé. 23 mars 1938.

Homme en excellente santé apparente donneur de sang par le groupe IV. Wassermann négatif. Muqueuses normales.

Depuis sept à huit ans est apparue à la face externe du mollet droit à la suite d'un coup de pied, dit le malade, une plaque grande comme la main, qui n'a jamais suinté et qui est une lichénification intense typique. Depuis huit mois, s'étendent à la partie inférieure des reins, symétriquement de chaque côté, deux grandes plaques, larges de huit travers de doigts et hautes de trois. Elles sont formées d'éléments ici juxtaposés, là séparés les uns des autres. Ce sont des papules rouges, un peu aplaties, les unes assez lisses mais peu brillantes, les autres squameuses. L'aspect n'est pas celui de papules de lichen plan ruber, mais de papules de lichénification.

En outre, dans le pavillon de l'oreille, existent depuis trois ans des plaques mal limitées, blanchâtres, hyperkératosiques, grattées et excoriées, qui n'ont jamais suinté et sur lesquelles on pose de prime abord le diagnostic d'eczéma parakératosique (parakératoses psoriasiformes de Brocq).

Paradoxalement, le malade affirme avoir peu de prurit. Il ne s'aperçoit des démangeaisons, dit-il, que pendant la nuit. « Pendant le jour, il se gratte sans que cela le démange » (il sait qu'il se gratte parce que ses camarades lui en font la remarque).

Gastroscopie 29 mars 1938 : estomac normal.

Sang 23 mars 1938 : globules rouges 4.440.000 ; hémoglobine 90 ; valeur globulaire 1,01 ; très légère anisocytose avec micro, macro et macronormocytose très légère, réticulocytes 1 % ; plaquettes 460.000 ; Globules blancs 5.200, dont neutrophiles 68 % (Arneth 5, 31, 46, 17, 1), éosinophiles 3, basophiles 1, lymphocytes 6 (0,5 petits) ; monocytes 21,5 (14 sans granulations). Remarque : étant donneur de sang, le malade est en période de réparation.

OBSERVATION XI

Névrodermite circonscrite

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Bl... Robert, 39 ans, linotypiste. 14 octobre 1936.

Homme robuste et bien portant, mais très nerveux depuis toujours ; étant enfant il était très émotif, il l'est moins actuellement ; la moindre contrariété lui donnait autrefois des tremblements généralisés pendant un quart d'heure. Il se plaint de doigt mort et de picottement du bout des doigts, par petites crises. — Tension artérielle : 18-8, moyenne 10, index 6 (Pachôn). Deux enfants bien portants.

La dermatose actuelle est apparue après un fort rhume avec inflammation du sinus frontal gauche.

A la face interne de la malléole gauche et un peu en arrière se trouve une plaque grande comme une main, en arrière jusqu'au tendon d'Achille et remontant sur la jambe ; la surface est rouge sombre atténué, lisse (un peu plissée mais non quadrillée), brillante, non desquamante. Cette plaque démange beaucoup par crises d'une demi-heure. Elle dure depuis deux mois. D'abord est apparue une petite plaque, rétro et sous-malléolaire, un peu squameuse, grande comme une paume ; mais dès le début, toute la surface de la plaque actuelle a été très prurigineuse ; sur le reste de cette surface, les lésions ne sont apparues qu'après un mois, c'est-à-dire il y a seulement quelques semaines. Dans chaque paume de main, plaque hyperkératosique très prurigineuse, non fendillée, ayant commencé à peu près en même temps. Digestions parfaites. Langue et dents normales.

Gastroscopie (Docteur Fr. Moutier) 15 octobre 1938 : estomac normal, muqueuse non fragile.

Sang 14 octobre 1938 : formule leucocytaire : neutrophiles 55 %, éosinophiles 1, petits ltmphocytes 22, monocytes 21, plasmazclle 1.

OBSERVATION XII

Névrodermite circonscrite

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Sa... Irvin, 41 ans, professeur. 12 octobre 1938.

Homme d'une nervosité extrême ; émotivité considérable, anxiété

habituelle, phobies diverses, phases de fatigue intense. Dans ses lettres, il s'accuse lui-même d'être un obsédé, un anxieux et un hypochondriaque. Il est manifeste d'ailleurs que son intelligence est intacte et il n'existe pas de troubles sympathiques.

Actuellement, deux plaques prurigineuses.

La première date de dix ans. Elle siège dans le creux poplité droit et remonte assez haut sur la face postérieure de la cuisse ; elle est plus grande qu'une main. Surface lisse, un peu brillante, *légèrement* quadrillée, très excoriée. Cette plaque paraît formée de la confluence d'un certain nombre de plaques infiltrées. La seconde date de cinq ans. Elle siège à la partie moyenne de la face antéro-externe de la jambe droite. Elle est, en réalité, formée de deux plaques, l'une antérieure, large comme une paume de main, rosée, lisse, non desquamante, infiltrée ; l'autre externe, allongée, haute de sept travers de doigts, large d'un et demi, de contours irréguliers, comme formée par la confluence de larges papules superposées, infiltrée, très squameuse à squames adhérentes. Les démangeaisons sont surtout très vives dans le creux poplité. Elles disparaissent, presque, en été sous l'influence des bains de soleil ; elles reprennent intenses en automne et en hiver. Elles s'exagèrent surtout lorsque le malade est « nerveux » ; à ce moment les lésions de grattage deviennent considérables.

Biopsie le 15 octobre 1938 de la partie supérieure de l'élément vertical de la jambe. En un point le corps muqueux est entièrement détruit, avec dénudation d'une ou deux papilles : il y a là une cheminée remplie par un infiltrat leucocytaire à prédominance de lymphocytes : c'est une lésion de grattage typique. Dans le reste de la coupe, la surface est squameuse, un peu hyperkératosique avec traces de parakératose. L'épiderme est un peu épaissi, mais l'hyperacanthose est modérée et ne porte que sur quelques bourgeons interpapillaires. En somme la modération histologique de la lichénification contraste avec l'espect lichénien de la lésion. Au-dessous de l'épiderme se trouvent, dans la couche molle et surtout dans le chorion proprement dit, des infiltrats localisés autour des vaisseaux ; les infiltrats assez profonds sont souvent assez gros et expliquent bien l'induration clinique de la peau. Les infiltrats sont remarquablement riches en lymphocytes ; çà et là on voit des plasmazellen isolées ou en petits groupes. Il n'existe pas d'éosinophilie. Dans toute l'étendue d'une coupe, on aperçoit, dans les infiltrats, deux ou trois cellules très grosses, pauvres en cytoplasme, contenant plusieurs gros noyaux serrés les uns contre les autres ; elles n'ont pas l'aspect d'histiocytes enflam-

més à plusieurs noyaux, mais ressemblent à des mégacaryocytes atypiques ou à des petites cellules de Sternberg. Ces cellules, comme des plasmazellen, se voient parfois dans les affections prurigineuses, dit M. Civatte qui a examiné la coupe.

Traitement : pommade résorcinée forte. Viscères normaux.

Tension artérielle 15-8 ; moyenne 10 ; index 2½ (Pachôn).

Nul aspect anémique. *Sang* 18 octobre 1938 : diminution légère du diamètre moyen avec anisocytose, micro et macrocytose ; quelques poïkilocytes. Neutrophiles 64 % (Arneth 10, 32, 43, 15, 0) ; éosinophiles 2,5 ; basophiles 0,5 ; lymphocytes 9,5 (2 petits), monocytes 23,5 (13,5 sans granulations).

Appétit bon ; alimentation normale ; mais lourdeur postprandiale et digestion stomacale lente ; haleine forte, surtout la nuit. Le malade attribue à ces digestions lentes l'amaigrissement de 8 kg. qu'il accuse cette année. Il n'est cependant pas maigre. Gastroscopie le 25 octobre 1938.

OBSERVATION XIII

Névrodermite circonscrite récente

(Service de M. le Docteur Paul Chevallier à l'Hôpital Cochin)

Legui... Blanche, 52 ans, gouvernante. 19 octobre 1938. Depuis environ trois mois, démangeaisons à la partie supérieure du dos et à la partie antéro-supérieure gauche du thorax et de l'épaule ; les démangeaisons surviennent le jour, par crises de cinq à dix minutes. L'examen montre au-dessus de la clavicule gauche une vaste plaque ovalaire, à contours irréguliers et imprécis, infiltrée légèrement, mais nettement au toucher, très légèrement saillante, à surface rose jaunâtre, sèche, un peu luisante, lisse, un peu squameuse. A la périphérie les lésions, jeunes, sont rose pâle. Plaque identique, non terne, dans la région interscapulaire. Plaque identique, mais beaucoup plus discrète, à la face antérieure de l'épaule gauche. Les lésions ne sont pas quadrillées. Jamais aucun suintement. Organes normaux. Tension 14-6½ (Pachôn). Dents et langue normales. Bonnes digestions : les crises de prurit surviennent, très souvent (mais non toujours), après les repas. Gérontoxon assez prononcé. Nervosité modérée. *Cholestérolémie* 4 gr. 25.

Suc gastrique d'histamine 23 octobre 1938 : Hcl 1,54 ; acidité totale 2,05 ; chlore total 3,36.

Gastroscopie 22 octobre 1938 (Docteur Fr. Moutier) : estomac normal, muqueuse non fragile.

Sang 21 octobre 1938 : globules rouges 4.736.000 ; hémoglobine 90 ; valeur globulaire 0,95 ; aspect normal ; réticulocytes 2 % ; Plaquettes 444.000 ; Globules blancs 7.000, dont neutrophiles 57,5 % (Arneth 1, 22, 46, 27, 4), éosinophiles 7,5, basophiles 2, lymphocytes 8 (2,5 petits) ; monocytes 25 (20 sans granulations).

CONCLUSION

1. La névrodermite circonscrite de Brocq, lichen simplex de Vidal, est une maladie spéciale. Elle se relie cependant à l'eczéma parakétarosique très vite lichénifié.

2. Elle apparaît souvent chez des malades atteints de « nervosisme », mais il ne semble pas que puisse être conservée la théorie que le prurit et le grattage font la dermatose.

3. Elle n'est liée à aucune perturbation organique ; nous rapportons surtout des examens de sang et des examens d'estomac (suc gastrique après histamine, gastroscopies de M. Fr. Moutier). L'éosinophilie manque souvent. L'estomac est normal ; s'il est parfois lésé, les lésions sont banales et ressemblent à celles que l'on peut trouver chez des sujets examinés au hasard.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse*,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Alexander (A.). — Neurodermatitis. Handbuch der Hantkrankheiten de Jadassohn. T. VI, fasc. 1, 1927, pages 400 et suiv.

Brocq. — Cliniques dermatologiques. T. I, Paris, Masson, 1924, page 319.

Chevallier (P.). — Les prurigos. Traité de dermatologie. Doin édt., Paris, T. II, fasc. 1, 1938, pages 404 et suivantes.

Chevallier (P.), Moutier (Fr.), Lemeland et Lacour. — L'estomac dans les névrodermites.

Chevallier (P.) et Ely (E.). — Le sang dans les névrodermites. *Soc. française de dermatologie* (N° 5, mai 1938, pages 863-864).

Gaté. — Les lichénifications. Traité de dermatologie Doin édit., Paris, T. II, fasc. 2, 1933, pages 194 et suiv.

Hamburger (M.). — Traitement des névrodermites et des eczémas localisés par la distension cutanée et l'autohémothérapie locale. *Bull. méd.*, n° 15, 9 avril 1932, page 263).

Lesguillons (R.). — Les injections locales de sang et de novocaïne dans les eczémas et les lichénifications circonscrites. Thèse, Paris 1935 (bibliographie).

Milian et Photinos. — Lichénification du cou due au Trichophyton granulosum. *Soc. française de dermatologie*, 1928, page 212.

Milian et Osman Kiamil. — Lichénification infectieuse. *Société française de dermatologie*, 1930, page 254.

Pautrier (L.-M.). — Les lichénifications. Nouvelle pratique dermatologique. T. VII, 1936, pages 500 et suiv.